

FORMULARIO DE RECLAMO

Este Formulario de Reclamo debe completarse en línea o enviarse por correo si ha recibido una notificación de EmergeOrtho acerca de que su información personal se ha visto o pudo haberse visto comprometida en el "Incidente de Datos", es decir, el ciberataque de ransomware cometido por un tercero no autorizado contra los sistemas informáticos de EmergeOrtho que ocurrió en mayo de 2022, y que tuvo como resultado el posible acceso a Información Privada por parte del tercero no autorizado.

El Formulario de Reclamo debe completarse si: (i) usted ha sufrido pérdidas por gastos de bolsillo, o (ii) ha perdido tiempo dedicado a hacer frente al Incidente de Datos; (iii) o desea cobrar un pago proporcional en efectivo. Puede recibir un cheque si completa este Formulario de Reclamo, si se aprueba el acuerdo de conciliación y si se determina que usted reúne los requisitos para recibir un pago. El Acuerdo establece un fondo para compensar a los Miembros del Colectivo del Acuerdo por su tiempo perdido y sus pérdidas por gastos de bolsillo, para ofrecer servicios de monitoreo de crédito, y para proporcionar a los Miembros del Colectivo del Acuerdo un pago proporcional en efectivo, así como para los costos de notificación y administración, ciertos impuestos, pagos en concepto de retribución por servicios, así como para el pago de los honorarios de abogados y costas que determine el Tribunal. Si presenta un reclamo válido, tendrá derecho al pago en efectivo proporcional residual, tal como se describe en el Párrafo 56 del Acuerdo de Conciliación.

La notificación del acuerdo describe sus derechos y opciones legales. Visite el sitio web oficial de administración del acuerdo de conciliación, www.EmergeOrthoSettlement.com, o llame al 1-844-979-3915 para obtener más información.

Si desea presentar un reclamo por un pago en virtud del acuerdo, tiene que proporcionar la información que se solicita a continuación. Escriba en letra de imprenta clara con tinta azul o negra. La **FECHA LÍMITE** para presentar este formulario de reclamo en línea (o hacerlo estampar con el sello postal para su envío por correo) es el **24 de junio de 2024**.

Si necesita ayuda en español, comuníquese con el administrador al 1-844-979-3915.

1. INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL COLECTIVO DEL ACUERDO (TODA LA INFORMACIÓN ES OBLIGATORIA):

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

2. INFORMACIÓN SOBRE LOS REQUISITOS PARA ACCEDER A UN PAGO.

Lea la notificación y las Secciones III a V del Acuerdo de Conciliación (disponible en www.EmergeOrthoSettlement.com) para obtener más información sobre quién puede acceder a un pago y la naturaleza de los gastos o pérdidas que pueden reclamarse.

Indique toda la información que pueda para ayudarnos a determinar si tiene derecho a recibir un pago en virtud del acuerdo.

LLENE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN:

Marque la casilla correspondiente a cada categoría de beneficios que desea reclamar. Las categorías incluyen las pérdidas por gastos de bolsillo que tuvo que desembolsar como consecuencia del Incidente de Datos, el tiempo que tuvo que dedicar a hacer frente a las consecuencias del Incidente de Datos, y dos años de servicios de monitoreo de crédito y protección de la identidad. También puede optar por recibir un pago proporcional en efectivo de los fondos que queden en el Fondo del Acuerdo.

Asegúrese de completar el importe total que reclama por cada categoría y de adjuntar la documentación de los gastos que se describen en negrita (si se le pide que presente estados de cuenta como parte de las pruebas exigidas para alguna parte de su reclamo, puede tachar las transacciones no relacionadas si lo desea).

a. Pérdidas por Gastos de Bolsillo derivadas del Incidente de Datos:

(Los Miembros del Colectivo pueden reclamar hasta \$10.000 en concepto de Pérdidas por Gastos de Bolsillo y Tiempo Perdido)

_____ He incurrido en gastos no reembolsados como consecuencia del Incidente de Datos.

Ejemplos: costos, gastos, pérdidas o cargos no reembolsados en los que haya incurrido como resultado de un robo de identidad o fraude de identidad, declaraciones de impuestos falsificadas u otro posible uso indebido de su información; costos incurridos a partir de mayo de 2022 y hasta el 24 de junio de 2024 asociados con la contratación o extensión de servicios adicionales de monitoreo de crédito o protección contra el robo de identidad y/o acceso o congelamiento/descongelamiento de informes crediticios con cualquier agencia de informes crediticios; otros gastos varios incurridos tales como gastos notariales, de fax, franqueo, copias, kilometraje y llamadas telefónicas de larga distancia incurridos a partir de mayo de 2022 y hasta el 24 de junio de 2024.

Importe total correspondiente a esta categoría \$ _____

Si solicita el reembolso de comisiones, gastos o cargos, adjunte una copia de un estado de cuenta de la empresa que le cobró dichos cargos o un recibo por el importe en que incurrió.

Si solicita un reembolso por informes crediticios, monitoreo de crédito u otro producto de seguro contra robo de identidad adquirido entre mayo de 2022 y el 24 de junio de 2024, adjunte la copia de un recibo u otra constancia de compra de cada informe crediticio o producto adquirido. (Nota: Al solicitar un reembolso por esta categoría, usted certifica que adquirió el producto de monitoreo de crédito o de seguro contra robo de identidad principalmente debido al Incidente de Datos y no para cualquier otro propósito).

Deberá presentarse documentación justificativa. Antes de enviar la documentación, puede tachar las transacciones que no sean pertinentes para su solicitud.

b. Entre una y seis horas de Tiempo Perdido dedicado a hacer frente al Incidente de Datos:

(Los Miembros del Colectivo pueden reclamar hasta seis (6) horas de Tiempo Perdido, compensables a razón de \$25 por hora).

_____ Juro y afirmo que dediqué el tiempo indicado a responder al incidente de seguridad de datos de EmergeOrtho:

Ejemplos: Usted dedicó un tiempo valioso a llamar a las líneas de atención al cliente, escribir cartas o correos electrónicos, o en Internet para conseguir la anulación de cargos fraudulentos o para actualizar programas de débito automático porque su número de tarjeta había cambiado. Usted dedicó un tiempo valioso a contratar servicios de monitoreo de crédito o de protección frente al robo de identidad, o a congelar o descongelar informes crediticios en cualquier agencia de información crediticia.

_____ 1 hora _____ 2 horas _____ 3 horas _____ 4 horas _____ 5 horas _____ 6 horas

c. Dos años de Servicios de Monitoreo de Crédito y Protección de Identidad de Tres Agencias

_____ Deseo reclamar servicios de monitoreo de crédito y protección de identidad.

d. Requisitos para acceder a un pago en efectivo residual:

_____ Deseo reclamar un pago en efectivo proporcional.

Una vez que se hayan pagado todos los reclamos válidos de reembolso de gastos ordinarios, los reclamos válidos de indemnización por tiempo perdido, los honorarios de abogados y costas aprobados por el tribunal y los costos de notificación y administración del acuerdo, los fondos que no sean de minimis se repartirán proporcionalmente entre los reclamantes válidos. Marque la casilla anterior si desea reclamar su parte de cualquier distribución proporcional residual en efectivo.

*****No es necesario reclamar pérdidas ordinarias o tiempo perdido para reclamar su parte proporcional del pago en efectivo residual.**

3. FIRME Y FECHÉ SU FORMULARIO DE RECLAMO.

Declaro bajo pena de perjurio en virtud de las leyes de los Estados Unidos de América y las leyes de mi Estado de residencia que la información suministrada en este formulario de reclamo por el abajo firmante es verdadera y correcta según mi leal saber y entender, y que este formulario fue suscrito en la fecha indicada a continuación.

Entiendo que el Administrador del Acuerdo podrá solicitarme información complementaria antes de que mi reclamo se considere completo y válido.

Firma

Nombre en letra de imprenta

____/____/____
Fecha

4. ENVÍE SU FORMULARIO DE RECLAMO POR CORREO O PRESENTELO EN LÍNEA.

Este formulario de reclamo debe:

Llevar el sello postal fechado a más tardar el 24 de junio de 2024 y enviarse por correo postal a: EmergeOrtho Settlement Administrator, P.O. Box 1908, Baton Rouge, LA 70821; o bien

Enviarse por correo electrónico antes de la medianoche del 24 de junio de 2024 a info@emergeorthosettlement.com; o bien

Presentarse a través del Sitio Web del Acuerdo antes de la medianoche del 24 de junio de 2024 en: www.EmergeOrthoSettlement.com.